

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

LORENA CHRIST MIRANDA

PARADA CARDIORRESPIRATORIA: implantação de um protocolo de atendimento

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

LORENACHRIST MIRANDA

PARADA CARDIORRESPIRATORIA: implantação de um protocolo de atendimento

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Msc. Aline Massaroli

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **PARADA CARDIORRESPIRATORIA: implantação de um protocolo de atendimento** de autoria do aluno **LORENA CHRIST MIRANDA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

Profa. Msc. Aline Massaroli
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	06
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	08
3 MÉTODO.....	12
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	14
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
6 REFERÊNCIAS.....	20

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Cadeia de Sobrevivência de ACE Adulto da AHA.....	09
Figura 2. Algoritmo de SAVC Circular.....	15

RESUMO

A Parada cardiorrespiratória (PCR) vem sendo um problema mundial no âmbito da saúde pública estima-se que cerca de 200.000 casos ocorrem no nosso país a cada ano. Com a expansão de atendimento do Hospital e Maternidade Drº Arthur Gerhardt, foi observado à necessidade da formulação de um protocolo de atendimento a PCR. Este estudo se constitui em um plano de ação buscando implementar um protocolo de atendimento a PCR, pois atualmente a instituição não possui nenhum tipo de protocolo estabelecido para estas situações. Caracterizando-se assim como uma tecnologia de concepção onde se desenvolverá um plano de ação para a melhoria do atendimento a paciente em situação de PCR. Diante do exposto, observa-se que se faz necessário a criação de uma equipe multidisciplinar para elaboração de um protocolo de Reconhecimento de PCR e para a realização de um protocolo de Reanimação Cardio Pulmonar (RCP) bem como um guia para se registrar os cuidados realizados durante o atendimento de uma PCR/RCP. Sendo necessária a criação de uma equipe multidisciplinar que irá estudar, capacitar, treinar e avaliar a atuação dos profissionais de saúde na constatação de PCR e na realização da RCP, utilizando como base os documentos da as diretrizes da American Heart Association (AHA) e da I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Concluímos que um atendimento de qualidade faz a diferença entre a vida e a morte, bem como a sobrevida e sequelas advindas da demora dos cuidados prestados a esta vítima.

1 INTRODUÇÃO

A Parada cardiorrespiratória (PCR) vem sendo um problema mundial no âmbito da saúde pública. Apesar de termos avanços na prevenção e tratamento dessa emergência, nos últimos anos muitas vidas são perdidas no Brasil relacionadas à PCR, apesar de poucos dados estatísticos a este respeito, estima-se cerca de 200.000 casos ocorrem no nosso país, sendo metade destes em ambiente hospitalar e a outra metade em ambientes como residências, *shopping centers*, aeroportos, estádios, dentre outros (GONZALEZ, 2013).

Para entendermos melhor o que é PCR, podemos conceituar essa condição como a cessação súbita da atividade mecânica do ventrículo e da respiração (CONSENSO, 1996, p. 377), além disso podemos mencionar ainda que segundo Libby (2010, p. 934), Parada Cardíaca (PC) pode ser entendida como: "Cessação abrupta da função da bomba cardíaca, que pode ser reversível mas levará à morte na ausência de uma intervenção imediata". Sendo que a intervenção realizada neste momento para o atendimento a essa emergência recebe denominação de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) (SAYRE, 2010, p. 1; GONZALEZ, 2013, p. 3).

Dados revelam ainda que a maioria das PCRs em ambiente extra-hospitalar ocorrem devido a ritmos cardíacos irregulares como Fibrilação Ventricular (FV) e Taquicardia Ventricular sem pulso (TVSP), já em ambiente hospitalar, a Atividade Elétrica sem pulso (AESP) e a Assistolia ocorrem com mais frequência (GONZALEZ, 2013).

O atendimento a essa eventualidade gera tanto para o socorrista, como para a equipe de saúde, quanto para a vítima, um elevado nível de estresse, pois a sobrevivência está correlacionada a um atendimento eficaz e rápido com intuito de restabelecer a respiração e a circulação espontaneamente (CAPOVILLA, 2002).

Devido a expansão do Hospital e Maternidade Drº Arthur Gerhardt, que passou a fazer parte da rede de urgência e emergência do Governo do Estado do Espírito Santo, observei a necessidade da formulação de um protocolo de atendimento a PCR visto que esta demanda poderá aumentar e os profissionais deverão estar preparados para atender a este tipo de intercorrência.

Atualmente esta instituição possui um protocolo para atendimento a PCR, formulado em 2013, porém observa-se algumas incoerências com o protocolo atual para atendimento a esse acontecimento. O que me levou a indagar e a observar a atuação dos profissionais frente a estes acontecimento e pude notar que em alguns momentos, algum dos multiprofissionais

ficavam desnorteados em relação a que conduta tomar para resolução do fato, porém pouco comentavam sobre o assunto.

Recentemente houve por parte da coordenação e gerencia da enfermagem a formulação de um diversos treinamentos através da Educação Continuada instituída neste ano de 2014, com o propósito de capacitar todos os profissionais de enfermagem. Sendo um dos temas abordados o atendimento a uma parada cardiorrespiratória.

Diante do exposto o presente trabalho tem como objetivo elaborar um plano de ação para a implantação de um protocolo para atendimento de PCR no Hospital e Maternidade Drº Arthur Gerhardt.

Acreditamos que um atendimento ágil, rápido e eficiente a uma PCR pode fazer a diferença entre a vida e a morte do paciente, bem como a diminuição ou aumento da sobrevida do mesmo e consequentemente das seqüelas que podem advir dessa anomalia.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Morte Súbita Cardíaca (MSC) em diversos estudos patológicos levou a observar tanto epidemiologicamente como clinicamente que a aterosclerose coronariana é a principal etiologia que a predispõem. Uma autópsia realizada em 220 vítimas de MSC revelou que 81% apresentavam doença cardíaca coronariana significativa. Ao menos um vaso com 75% ou mais de estenose foi encontrado em 94% das vítimas; uma oclusão coronariana aguda em 58%; além de 44% de um infarto do miocárdio cicatrizado; e 27% de um infarto agudo do miocárdio (LIBBY, 2010).

A Parada Cardíaca (PC) caracteriza por si só como perda súbita da consciência relacionada pela falta de um fluxo sanguíneo cerebral adequada, levando à morte na ausência de uma intervenção ativa, apesar de raramente ocorrer uma reversão espontânea. Dentre os mecanismos cardíacos que levam a uma PC, o mais comum é a Fibrilação Ventricular (FV), seguido pela Assistolia, Atividade Elétrica sem pulso (AESP) ou Bradiarritmias graves e Taquicardia Ventricular (TV) sustentada (LIBBY, 2010).

Nos casos de PC a resposta a essa ocorrência pode ser guiada por dois princípios, sendo: restauração da circulação espontânea o mais breve possível; e manutenção de um suporte circulatório contínuo artificial até que se estabeleça espontaneamente o retorno da circulação. Para que se alcance estes objetivos, a estratégia de atendimento é dividida em cinco elementos: avaliação inicial e o acionamento de um serviço de emergência; Suporte Avançado de Vida (SBV); desfibrilação precoce; Suporte Avançado de Vida (SAV); e cuidados pós-parada cardíaca. Os princípios a essa emergência são direcionados tanto para aplicação dentro da área hospitalar quanto extra-hospitalar (LIBBY, 2010).

Os cinco elementos mencionados acima, recebe o nome também de Cadeia de Sobrevivência de Atendimento Cardiovascular de Emergência (ACE) adulto da *American Heart Association* (2010) (figura 1), bem como pelo Gonzalez (2013), que mencionada ainda que os elos formados por esta cadeia ressaltam ações importantes a serem realizadas, que irá impactar na sobrevivência de uma vítima de RCP e que não podem ser avaliados separadamente, pois nenhuma dessas ações sozinhas serão capazes de reverter a maioria das ocorrências de RCPs.

FIGURA 1: Cadeia de Sobrevivência de ACE Adulto da AHA

Os elos na nova Cadeia de Sobrevivência de ACE Adulto da AHA são:

1. **Reconhecimento** imediato da PCR e **acionamento** do serviço de emergência/urgência
2. **RCP** precoce, com ênfase nas compressões torácicas
3. Rápida **desfibrilação**
4. **Suporte avançado de vida** eficaz
5. **Cuidados pós-PCR** integrados



SAYRE et al. Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE. American Heart Association. Guidelines CPR ECG 2010. Pagina 2.

Com o propósito de se ter RCP de alta qualidade que as Diretrizes da AHA (2010) enfatiza a necessidade de incluir:

- Realizar 100 compressões torácicas por minuto;
- Aprofundamento de 5cm (2 polegadas) no mínimo em adultos;
- Observar retorno total do tórax a cada compressão;
- Minimizar interrupções nas compressões torácicas;
- Evitar ventilação excessiva;
- O "ver, ouvir e sentir se há respiração" foi removido;
- A utilização de pressão na cricóide durante as ventilações, de um modo geral, não é recomendado;

Para tanto, devemos observar que houve a modificação da série A-B-C (vias aéreas, respiração, compressões torácicas) para C-A-B (compressões torácicas, vias aéreas, respiração) em adulto. Devido a ocorrência de FA e TV sem pulso na maioria dos pacientes o que necessita iniciar compressões torácicas e a desfibrilação precoce. Essa ação acarretará o início mais rápido das compressões e o atraso nas ventilações serão quase nulas (SAYRE, 2010; GONZALEZ, 2013).

Em relação a compressão - ventilação recomenda-se utilizar 30:2 em adulto para um ou dois socorrista. Assim que houver uma via aérea avançada instalada, as compressões torácicas devem ser contínuas e não mais alternada com as ventilações. Essas passam a ser realizadas uma a cada 6 ou 8 segundos, levando a realizar a 8 a 10 ventilações por minuto, o que previne a ventilação excessiva (SAYRE, 2010).

Ressalta-se ainda que o profissional de saúde deve averiguar rapidamente se não há respiração ou se apenas é anormal (não respira ou só gasping) ao verificar a responsividade da

vítima. O tempo de verificação do pulso, e caso não sinta a pulsação em 10 segundos, deve-se iniciar a manobra de RCP o que leva a maior taxa de sobrevivência (SAYRE, 2010).

Em situações de emergências na área da medicina, a PCR é considerada a maior. Intervenções rápidas e eficientes realizadas são indispensáveis e interferem diretamente no prognóstico da vítima. Como mencionado anteriormente, em ambientes intra-hospitalares a AESP e Assistolia correspondem respectivamente a 37% e 39% dos casos em vítimas adultas como ritmo inicial, já a FV e TVSP são responsáveis por 23% a 24% e apresentam uma taxa de sobrevida de 36% a 37% (MEANEY; NADKARNI apud GONZALES, 2013, p. 17). Outros fatores, além FV/TVSP estão relacionados com o aumento da sobrevida hospitalar, dentre eles: local que ocorre o evento, dias das semanas comparados com finais de semana, eventos que acontecem no período diurno comparado com período noturno, eventos assistidos, idade menor de 65 anos, função normal do ventrículo esquerdo antes da situação, duração RCP, dentre outros (NADKARNI; GONZALEZ apud GONZALEZ, 2013, p. 17).

No Suporte Avançado de Vida (SAV) em Cardiologia no Adulto, Gonzalez (2013, p. 17-18) relata alguns aspectos da diretriz, que foram levantados e resumidos na sequência:

- [...] Ênfase na realização das manobras de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) de boa qualidade.
- Administração de drogas vasopressoras e antiarrítmicas não tem associação ao aumento das taxas de sobrevida hospitalar.
- Caso uma via aérea avançada seja estabelecida, as compressões torácicas devem ser aplicadas continuamente (frequência igual ou maior que 100 compressões/minuto), e as ventilações devem ser aplicadas com frequência de 8 a 10 por minuto, ou seja, 1 ventilação a cada 6 a 8 segundos.
- Atropina não é mais recomendada para o tratamento da PCR em assistolia e atividade elétrica sem pulso (AESP).
- Ênfase na monitorização fisiológica durante a realização das manobras de RCP, com o objetivo de otimizar a qualidade da RCP e como indicador de retorno da circulação espontânea (RCE). Assim como a capnografia quantitativa de onda durante a RCP é um indicador de intubação orotraqueal adequada, ela também é indicadora da qualidade das manobras de RCP e do RCE
- Drogas cronotrópicas podem ser uma alternativa para o tratamento das bradicardias sintomáticas.
- A administração intravenosa (IV) ou intraóssea (IO) de medicamentos é preferível à administração endotraqueal.
- Os cuidados pós-parada são fundamentais e devem ser iniciados prontamente assim que a circulação espontânea for restabelecida (GONZALEZ, 2013, p. 17-18).

Os problemas relacionados ao sistema cardiovascular são a principal causa de morte no mundo, o que acarretou na ocorrência de 800 mil casos de PCR na Europa e nos Estados Unidos. Ao se observar os dados de mortalidade no Brasil nota-se que são imprecisos e permanecem como a principal causa de óbitos no país. Esforços têm-se realizado para melhorar esse fato, porém a necessidade de treinamento de profissionais para essas ocorrências, bem como investimento em equipamentos novos são necessários. Outro fator é o

local em que a PCR acontece, as condições clínicas do paciente, além da interrupção da RCP para aplicação de técnicas diferenciadas (GONZAÇEZ, 2010).

Ao realizar intervenções na ocorrência de uma PCR, requer uma equipe preparada devido as ações eficientes, ágeis e integradas que devem ser feitas por multiprofissionais e não apenas um integrante desta equipe (LIMA, 2009, p. 631). Para tanto, foi evidenciado que as instituições, empresas, sejam elas públicas, particulares ou filantrópicas, devem investir na preparação dos seus colaboradores para atuarem nos casos de PCR (DUARTE e FONSECA, 2010).

As diretrizes têm por finalidade simplificar a RCP para que suas etapas sejam facilmente lembradas na sua ocorrência, e assim possa ser realizadas com eficiência. Este processo está em constante estudo, sempre evoluindo e sendo aprimorado (LANE, 2007).

Para sermos eficientes ao realizar as manobras de RCP a equipe multiprofissional deve saber qual é o seu papel ao prestar a assistência, compreendendo a importância do cuidado. A parada cardíaca é algo imprevisto que pode ocorrer em qualquer local seja ele intra ou extra-hospitalar, por tanto devemos estar sempre em busca do aperfeiçoamento o que leva a uma assistência de qualidade (GRAÇA e VALADARES, 2008). Desse modo, deve-se ter um líder para conduzir a situação para que as tarefas sejam realizadas e entendidas por todos os membros da equipe para assegurar uma RCP de qualidade, manter vias aéreas adequadas e ter segurança ao manusear o desfibrilador (GONZALEZ, 2013).

A realização da RCP pode ser vista como processo complexo que envolve vários fatores, o que nos faz lembrar que é um procedimento de suma importância para manter e restabelecer a vida da vítima (GRAÇA e VALADARES, 2008).

3 METODOLOGIA

Este estudo se constitui em um plano de ação buscando implementar um protocolo de atendimento a PCR, pois atualmente a instituição não possui nenhum tipo de protocolo estabelecido para estas situações. Caracterizando-se assim como uma tecnologia de concepção onde se desenvolverá um plano de ação para a melhoria do atendimento a paciente em situação de PCR.

Este trabalho de conclusão de curso será fundamentado a partir de uma revisão não sistematizada da literatura, acerca do atendimento de PCR. A pesquisa foi realizada através de busca nas bases eletrônicas: Medline, Lilacs, Scielo, com publicações que compreenderam o período de 1999 a 2013 e que contemplassem o objeto de estudo desse trabalho. Os descritores utilizados para levantamento foram: Parada Cardíaca, Ressuscitação Cardiopulmonar, Suporte Básico de Vida. A busca resultou em 2.441 publicações, sendo 143 textos completos, que foram selecionados para leitura do resumo. A partir da leitura dos resumos foram selecionados 10 artigos lidos criteriosamente para análise e síntese das informações encontradas, identificando suas principais características, bem como os resultados mais relevantes de cada um, aplicando este resultado para a realidade vivenciada.

O Hospital e Maternidade Drº Arthur Gerhardt fica situado na sede do município de Domingos Martins - ES, fundado em 1970, sendo uma instituição filantrópica sem fins lucrativos, com atendimento de baixa e média complexidade, prestando assistência aos moradores de Domingos Martins, Marechal Floriano e vizinhos adjacentes. Desenvolve assistência nas clínicas médica, cirúrgica, obstétrica e pediatria, contando com uma equipe de obstetras clínicos gerais, pediatras, anestesiológica, além de enfermeiros, assistentes sociais, nutricionista, farmacêutico e fisioterapia no seu corpo de assistência. Conta ainda com um Pronto Atendimento “portas abertas” 24 horas, realizam mensalmente, aproximadamente 2000 mil atendimentos (FHASDOMAR, 2014; Nosso Hospital, 2014).

Perante o exposto este trabalho possui a intenção de contribuir para a melhora do atendimento prestados aos nossos cliente, bem como o aprimoramento dos nossos colaboradores para cada dia prestar uma assistência de excelência, com intuito de se tornar um hospital de referencia no atendimento a vitimas acometidas com essa morbidade na região serrana.

Este estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) por não ter utilizado dados relativos aos sujeitos, apenas a descrição de uma realidade e a busca de

materiais publicados em periódico científicos para fundamentar os resultados encontrados e esperados.

4 RESULTADO E ANÁLISE

De acordo com Guimarães et al (2009. p. 242) "Os procedimentos de ressuscitação cardiopulmonar são exemplos da perfeita aliança entre arte e ciência." O início da RCP se dá por meio da constatação da inconsciência da vítima por um profissional de saúde seja no ambiente intra ou extra hospitalar devidamente treinado para os primeiros cuidados no suporte básico de vida (SBV), pois o objetivo das manobras é fornecer oxigênio para o cérebro e o coração até a instalação do suporte avançado de vida (SAV), uso do desfibrilador quando indicado nos casos de reversão de arritmias cardíacas (ZAGO et al, 1999).

A Parada Cardiorrespiratória (PCR) é uma situação crítica que está vinculada a condicionantes que colocam em risco a vida de um indivíduo. A equipe de saúde que desenvolvem suas atividades em âmbito hospitalar, principalmente em: serviços de emergências, unidades de terapia intensiva, salas cirúrgicas, dentre outras, presenciam constantemente problemas agudos com os clientes (BOAVENTURA, 2004).

Sendo um importante componente da assistência à saúde está a área de Urgência e Emergência cuja demanda está a cada ano mais crescente devido ao aumento do número de acidentes e da violência urbana (BRASIL, 2006).

Diante do exposto, observa-se que se faz necessário a criação de uma equipe multidisciplinar para elaboração de um protocolo de Reconhecimento de PCR e para a realização de um protocolo de RCP, bem como um guia para se registrar os cuidados realizados durante o atendimento de uma PCR/RCP.

Vale ressaltar que os registros do atendimento a uma PCR/RCP são exigidos por lei tanto para os profissionais médicos, quanto para os enfermeiros conforme a regulamentação do atendimento as urgências e emergência do Ministério da Saúde através da Política Nacional de Atenção às Urgências, bem como os órgãos de classes de cada profissional (COFEN nº. 225/2000; CFM nº 1.631/2002; BRASIL, 2006).

Para o desenvolvimento desse protocolo de atendimento faz-se necessário a criação de uma equipe multidisciplinar que irá estudar, capacitar, treinar e avaliar a atuação dos profissionais de saúde na constatação de PCR e na realização da RCP.

Portanto para compor essa equipe seria importante a participação: enfermeiro Coordenador do Pronto Socorro; enfermeiro Coordenador da Clínica Médica; enfermeiro

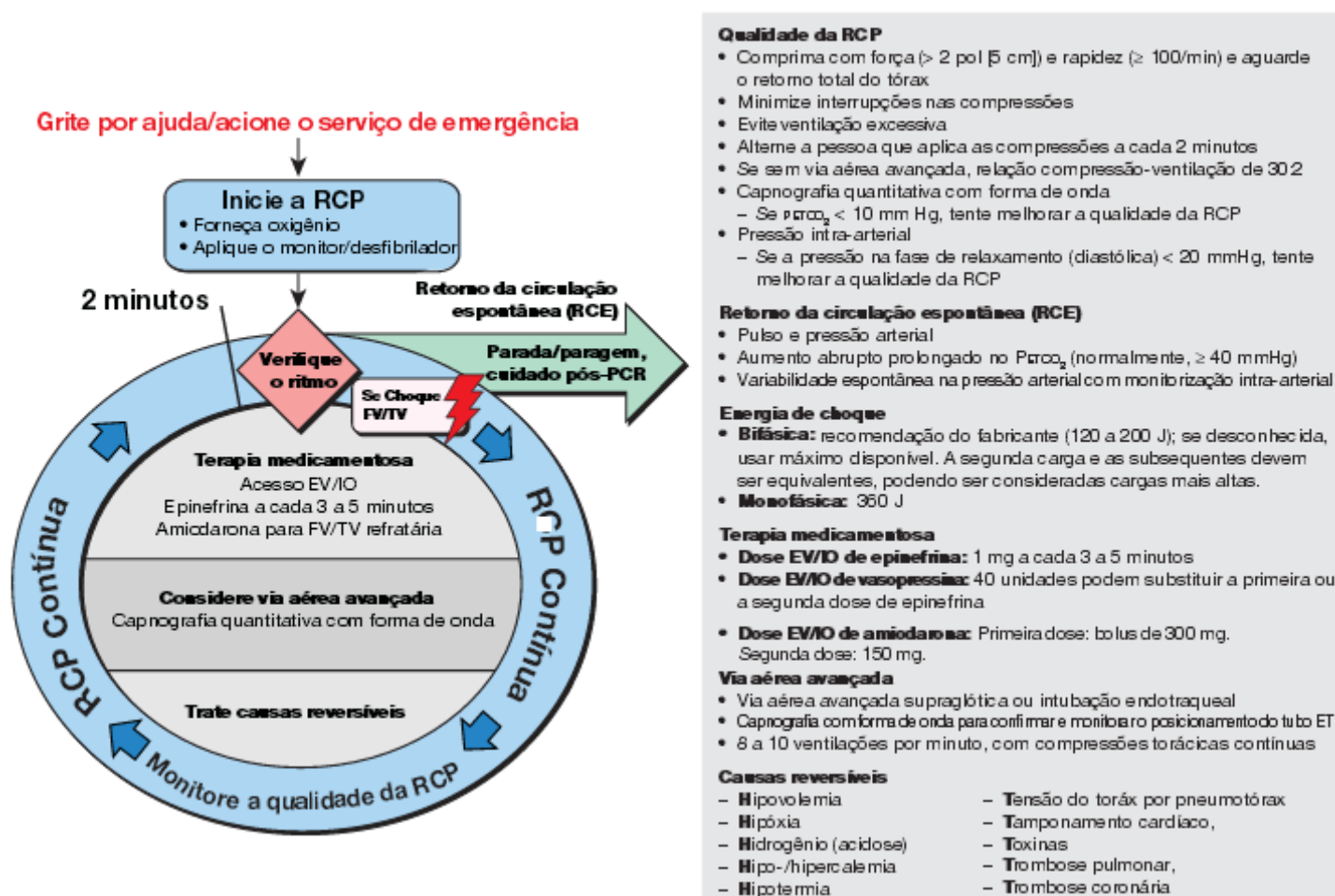
Coordenador do Centro Cirúrgico, Responsável Técnico, um médico e um enfermeiro assistencial.

Para facilitar os trabalhos para formulação do atendimento, sugiro a equipe seguir as diretrizes American Heart Association (AHA) e da I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Com intuito de facilitar os trabalhos da equipe multidisciplinar destaco o algoritmo do Suporte avançado de vida em Cardiologia (SAVC) que já estabelece o protocolo a ser seguido em caso de PCR seja em ambiente extra ou intra-hospitalar.

Para que fique de fácil visualização por todos os membros da equipe sugiro a confecção de cartazes que poderão ficar fixado em cada setor do hospital, em particular no Pronto Socorro, visto que a maior demanda por esta ação aconteça neste local.

FIGURA 2: Algoritmo de SAVC Circular



SAYRE et al. Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE. American Heart Association. Guidelines CPR ECG 2010, p. 14.

Já para avaliação da atuação dos profissionais, recomendo a utilização do formulário desenvolvido por Boaventura (2004), que em sua dissertação abordou o tema: Registro do atendimento da Parada Cardiorrespiratória no ambiente intra-hospitalar: Validade e aplicabilidade de um instrumento. A autora revisa alguns registros e chega à conclusão que o melhor instrumento a ser utilizado seria o de Araújo e Araújo (2000) com algumas modificações. Pois acredita que este instrumento que representa menor complexidade de utilização poderá estimular a realização dos registros de atendimento a PCR/RCP, orientar novos treinamentos, direcionar investimentos em recursos físicos e materiais de acordo com a necessidade de cada unidade, e assim, contribuir para uma melhor assistência. Além de ter sido formulado para utilização em ambiente intra-hospitalar com intuito dos profissionais conhecerem, planejarem e se aprimorarem no atendimento da PCR e RCP (BOAVENTURA, 2004).

A equipe facilitadora deverá ser reunir mensalmente para avaliar os indicadores fornecidos pelo formulário de registro de PCR/RCP e propor intervenção para melhoria do atendimento se assim julgar necessário. Irão realizar anualmente a revisão do protocolo instituído, a fim de manter o mesmo sempre atualizado, visto que a PCR e RCP estão em constante estudo pela ciência médica.

Conforme relata Boaventura (2004), são poucos os registros realizados e quando feitos são incompletos fornecendo poucos dados. Se analisarmos os prontuários médicos de cliente hospitalizados que tiveram uma Parada Cardiorrespiratória (PCR), encontraremos, possivelmente, dificuldades em realizar um estudo retrospectivo de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) devido à escassez de dados que poderiam ajudar no aprimoramento e avaliação da atuação da equipe, em estudos de sobrevida e prognóstico em RCP.

O PS deve estar devidamente equipado com materiais e equipamentos necessários para atendimento de urgência, bem como disponibilidade dos medicamentos necessários para a primeira abordagem do paciente grave, pois é obrigatório que os integrantes da equipe saibam o local de dentro da unidade onde ficam os medicamentos, equipamentos e materiais (BRASIL, 2006).

Para melhor organização da instituição, Brasil (2006) descreve os materiais, equipamentos e medicamentos necessários para os casos de atendimento as urgências e emergências de uma forma ampla em todas as faixas etárias, englobando neste contexto a PCR em adulto, sendo eles:

[...] 2.5 Materiais e Equipamentos

Alguns materiais e equipamentos devem, necessariamente, fazer parte do arsenal de qualquer unidade 24 horas como: Estetoscópio adulto/infantil, esfigmomanômetro adulto/infantil, otoscópio com espêculos adulto/infantil, oftalmoscópio, espelho laríngeo, bolsa autoinflável (ambú) adulto/infantil, desfibrilador com marca-passo externo, monitor cardíaco, oxímetro de pulso, eletrocardiógrafo, glicosímetro, aspirador de secreção, bomba de infusão com bateria e equipo universal, cilindro de oxigênio portátil e rede canalizada de gases ou torpedo de O₂ (de acordo com o porte da unidade), maca com rodas e grades, respirador mecânico adulto/infantil, foco cirúrgico portátil, foco cirúrgico com bateria, negatoscópios nos consultórios, serra de gesso, máscaras laríngeas e cânulas endotraqueais de vários tamanhos, cateteres de aspiração, adaptadores para cânulas, cateteres nasais, sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos, luvas de procedimentos, máscara para ressuscitador adulto/infantil, ressuscitadores infantil e adulto com reservatório, cadarços para fixação de cânula, laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâminas, cânulas oro-faríngeas adulto/infantil, jogos de pinças de retirada de corpos estranhos de nariz, ouvido e garganta, fios cirúrgicos, fios-guia para intubação, pinça de Magyll, bisturi (cabo e lâmina), material para cri-cotiroidostomia, drenos para tórax, pacotes de gaze estéril, pacote de compressa estéril, esparadrapo, material para punção de vários tamanhos incluindo agulhas metálicas e plásticas, agulhas especiais para punção óssea, garrote, equipos de macro e microgotas, cateteres específicos para dissecação de veias, tamanho adulto/infantil, tesoura, seringas de vários tamanhos, torneiras de 3 vias, frascos de solução salina, caixa completa de pequena cirurgia, frascos de drenagem de tórax, extensões para drenos torácicos, sondas vesicais, coletores de urina, espátulas de madeira, sondas nasogástricas, eletrodos descartáveis, equipamentos de proteção individual para equipe de atendimento, cobertor para conservação do calor do corpo, travesseiros e lençóis, pacote de roupas para pequena cirurgia, conjunto de colares cervicais (tamanho P, M e G), prancha longa para imobilização da vítima em caso de trauma, prancha curta para massagem cardíaca, gerador de energia elétrica compatível com o consumo da unidade, sistema de telefonia e de comunicação.

2.6 Medicamentos

Abaixo a lista de medicamentos que devem estar disponíveis na unidade de urgência, contemplando medicamentos usados na primeira abordagem dos pacientes graves e também sintomáticos, antibióticos e anticonvulsivantes, uma vez que alguns pacientes poderão permanecer nestas unidades por um período de até 24 horas ou, excepcionalmente, por mais tempo se houver dificuldade para internação hospitalar: adrenalina, água destilada, aminofilina, amiodarona, amitriptilina, ampicilina, atropina, bicarbonato de sódio, biperideno, brometo de ipratrópio, bupivacaína, captopril, carbamazepina, carvão ativado, cefalexina, cefalotina, cetoprofeno, clister glicerinado, clordiazepóxido, cloridrato de clonidina, cloridrato de hidralazina, cloreto de potássio, cloreto de sódio, clorpromazina, clorafenicol, codeína, complexo b injetável, deslanosídeo, dexametasona, diazepam, diclofenaco de sódio, digoxina, dipirona, enalapril, escopolamina (hioscina), fenitoína, fenobarbital, fenoterol bromidrato, flumazenil, furosemida, gentamicina, glicose isotônica, glicose hipertônica, gluconato de cálcio, haloperidol, hidrocortisona, insulina, isossorbida, lidocaína, manitol, meperidina, metildopa, metilergometrina, metilprednisolona, metoclopramida, metoprolol, midazolan, nifedipina, nistatina, nitroprussiato de sódio, óleo mineral, omeprazol, oxacilina, paracetamol, penicilina, prometazina, propranolol, ranitidina, ringer lactato, sais para reidratação oral, salbutamol, soro glico-fisiológico, soro fisiológico, soro glicosado, sulfadiazina prata, sulfametoxazol + trimetoprim, sulfato de magnésio, tiamina (vit. b1), tramadol, tobramicina colírio, verapamil, vitamina k (BRASIL, 2006, p. 78-80).

Na assistência à saúde, a área de urgência e emergência constitui-se um setor primordial e com a crescente demanda desse setor nos últimos anos notou-se, dentre outros fatos, que a insuficiência da estrutura dos serviços com a falta de materiais e equipamentos adequados, transforma esta área em uma das mais problemáticas do Sistema de Saúde. Para tanto, houve a necessidade de organização e estruturação da área de urgência e emergência, e com isso a padronização dos materiais essenciais para o atendimento com qualidades (BRASIL, 2004).

Timerman, em seu estudo (2010) que menciona que para prevenir a morte cardiovascular antecipada, nos casos de parada cardíaca há necessidade de uma resposta hábil e ágil que pode fazer a diferença entre a morte ou não de uma vítima.

5 CONCLUSÃO

O intuito desde trabalho foi buscar bibliografias sobre o atendimento a PCR, bem como possibilidades de melhorias para o enfrentamento pela equipe multidisciplinar do Hospital e Maternidade Dr^o Arthur Gerhardt, com a sugestão da implantação de protocolo específico para este atendimento, trazendo maior resolutividade por parte da equipe.

Algumas dificuldades serão encontradas para a sua implantação como: resistência dos profissionais a mudanças, aquisição de materiais e insumos, recursos financeiros e humanos, espaço físico, dentre outros.

Diante do exposto podemos concluir que colaboradores treinados e capacitados, bem como a disponibilidade dos insumos, equipamentos, materiais e recurso humano faz a diferença entre a vida e a morte, bem como a sobrevida e sequelas advindas da demora dos cuidados prestados a esta vítima.

6 REFERENCIAS

BOAVENTURA, A. P. **Registro do atendimento da Parada Cardiorrespiratória no ambiente intra-hospitalar**: Validade e aplicabilidade de um instrumento. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP, São Paulo, 2004.

CAPOVILLA, N. C. **Ressuscitação cardiorrespiratoria**: uma análise do processo ensino/aprendizagem, nas universidades públicas estaduais paulista. 2002. 205 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP, São Paulo, 2002.

Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1.631/2002**. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm>. Acessado em: 26 de março de 2013.

DUARTE, R. N.; FONSECA, A. J. Diagnóstico e tratamento de parada cardiorrespiratória: avaliação do conhecimento teórico de médicos em hospital geral. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 153-158, 2010.

FHASDOMAR. Disponível em:<http://www.hmag.org.br/hmag_9.html>. Acessado em: 29 de abril de 2014.

GONZALEZ M. M. et al. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. **Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 101, n. 2, supl. 3, p. 1-221, ago. 2013.

GRAÇA, T. D.; VALADARES, G. V. O (Re)Agir da Enfermagem Diante da Parada Cardiopulmonar: um desafio no cotidiano. **Esc Anna Nery. Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 411-416, set. 2008.

GUIMARÃES, H. P. et al. A história de ressuscitação cardiorrespiratória no Brasil. **Rev Bras Clin Med**, São Paulo, v. 7, p. 238-244, 2009.

LANE, J. C. Novas Diretrizes de Reanimação Cardiorrespiratória Cerebral da Sociedade Americana de Cardiologia (2005 - 2006). **Arq Bras Cardiol**, Rio de Janeiro, v. 89 n. 2, p. 17-18, 2007.

LIBBY, P. et al. **Braunwald Tratado de Doenças Cardiovasculares**. 8. ed. v. 2. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

LINA, S. G. et al. Educação Permanente em SBV e SAVC: Impacto no Conhecimento dos Profissionais de Enfermagem. **Arq Bras Cardiol**, Rio de Janeiro, v. 93, n. 6, p. 630-636, 2009.

Nosso Hospital. Disponível em:<http://www.hmag.org.br/fhasdomar_8.html>. Acessado em: 29 de abril de 2014.

Resolução do COFEN - 225/2000. **Dispõem do Cumprimento de Prescrição medicamentosa/Terapêutica a distância.** Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-2252000_4267.html>. Acessando em: 26 de março de 2013.

SAYRE M. R. et al. **Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE.** American Heart Association. Guidelines CPR ECG 2010.

TERMERMAN, S. et al. Rumo ao Consenso Internacional de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência 2010 da Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação*. **Rev. Bras Clin Med**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 228-237, 2010.

ZAGO, A. C. et al. Ressuscitação Cardiorrespiratória: Atualização, Controvérsias e Novos Avanços. **Arq Bras Cardiol** , Rio de Janeiro, v. 72, n 3, p. 363-374, 1999.

